



Mesaneyeye Rahim İçi Araç Migrasyonu: Total ve Parsiyel Migrasyonlu İki Olgunun Sunumu

Intravesical Migration of Intrauterine Device: A Report of Cases of Total and Partial Migration

© Mehmet Oğuz Şahin, © Volkan Şen, © Bayram Doğan

Manisa Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Manisa, Türkiye

Öz

Rahim içi araç (RİA); uzun süreli, etkili ve tekrar kullanım için uygun, yaygın bir doğum kontrol yöntemidir. Uterusun perforasyonu ve RİA'nın mesane içerisinde yer değiştirmesi nadir olarak rastlanılan bir komplikasyondur. Çalışmamızda, mesaneyeye RİA migrasyonunun farklı aşamalarını saptadığımız iki olguyu sunmayı amaçladık. Olguların ilkinde RİA tamamen mesaneyeye migre olmuş ve tamamen taşlaşmış olarak saptandı. Diğerinde ise RİA mesane duvarında asılı idi ve sadece uçları taşlaşmıştı.

Anahtar Sözcükler: Rahim içi araç, mesane, migrasyon, uterus perforasyonu, yabancı cisim

Abstract

Intrauterine devices (IUD) are the commonly used long-acting, reversible and effective method of contraception. Migration of IUD into the bladder via uterine perforation is a very rare complication. In this paper, we aimed to present two different cases with different migration steps. In the first case, IUD was petrified and completely migrated into the bladder wall; in the second case, IUD was hanged on to the bladder wall.

Keywords: Intrauterine device, bladder, migration, uterine perforation, foreign body

Giriş

Rahim içi araçlar (RİA), geri dönüşün mümkün olmasının yanı sıra, düşük komplikasyon ve maliyet oranları nedeniyle doğum kontrolü amacıyla kullanılan yöntemlerin başında gelmektedirler (1). Bununla birlikte nadir olsa da pelvik bölge enfeksiyon ve apsesi ile uterus yaralanması ve perforasyonu gibi komplikasyonlara sebep olabilirler. Uterusun perforasyonu sonrası RİA'nın mesane içerisine migrasyonu ender de olsa meydana gelebilir (2,3). İntravezikal yabancı cisimler sıklıkla alt üriner sistem semptomlarına ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına neden olmaktadır (4). Biz bu çalışmamızda migrasyonun farklı aşamalarını göstermesi açısından, birisi mesaneyeye tamamen migre olmuş ve taşlaşmış, diğeri mesane içerisine migre olma aşamasında ve mesane duvarında asılı olarak saptanan iki olguyu sunmayı amaçladık.

Olgular

Olgular

Kırk bir yaşında, yedi yıl önce RİA takılan ve son iki yıldır idrar yaparken yanma, sık idrar yapma, ağrılı idrar yakınmaları olan hasta polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede anormallik saptanmadı. Yapılan idrar tahlilinde bol lökosit ve eritrosit saptandı. İdrar kültüründe üreme yoktu. Kan biyokimyası ve hemogram değerleri normaldi. Direkt üriner sistem grafisinde (DÜSG) kemik pelvis içerisinde RİA ile uyumlu ve etrafı taşlaşmış görüntü mevcuttu (Resim 1a). Ultrasonografide (USG) mesanede 18 ve 23 mm çaplı iki adet taş tespit edildi (Resim 1b).

Hasta bu bulgularla kliniğimize yatırıldı. Spinal anestezi altında yapılan sistoskopide mesane içerisinde 40x25 mm boyutunda, hareketli bir adet taş saptandı. Pnömotik litotriptörün çalışmaması üzerine, göbek altı 5 cm transvers insizyon ile hastaya açık cerrahi uygulanarak taş dışarı

alındı (Resim 1c). Operasyon sonrası 7. gün sondası çekilen hasta şifa ile taburcu oldu. Takiplerinde sıkıntı olmadı.

Olgu 2

Otuz üç yaşında, altı yıl önce RİA takılan ve son bir yıldır idrar yaparken yanma, kanlı idrar, sık idrar yapma, pelvik ağrı yakınmaları olan hasta polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede anormallik saptanmadı. Yapılan idrar tahlilinde bol lökosit ve eritrosit saptandı. İdrar kültüründe üreme yoktu. Kan biyokimyası ve hemogram değerleri normaldi. DÜSG'de kemik pelvis içerisinde RİA ile uyumlu görünüm dikkati çekti (Resim 2a). USG'de mesanede 23 mm çaplı bir adet taş rapor edildi (Resim 2b). Hasta bu bulgularla kliniğimize yatırıldı. Spinal anestezi altında yapılan sistoskopide mesane içerisinde sol anterior duvarda asılı, uçları taşlaşmış RİA gözlemlendi (Resim 2c, 2d). Taşlı kısım pnömotik litotriptör ile kırıldı. RİA yabancı cisim forsepsi ile tutularak çıkarıldı (Resim 2e). Operasyon sonrası 7. günde çekilen sistografisinde mesane dışına kaçak saptanmayan hasta şifa ile taburcu edildi. Takiplerinde sıkıntı olmadı.

Tartışma

Mesane içerisinde JJ stent parçaları, gazlı bezler, sonda parçaları, sütür materyelleri, rezektoskop seramik uçları, perkütan sistostomi parçaları, iğne, saç tokası, kalem, tel, çivi, mermi gibi yabancı cisimler raporlanmıştır. Bu yabancı cisimler, tıbbi girişimlerin komplikasyonu, ateşli silah yaralanması ya da kişinin kendisine yaptığı uygulamalar sonucu, üretral veya transmural yolla mesaneye yerleşebilirler (5-7). Çok çeşitli yabancı cisim mesane içerisinde raporlanmış olmasına rağmen bunların sadece %8 gibi bir oranı RİA'dır (7). RİA'nın komşu ya da batin içi organlara migrasyonu nadir görülen bir komplikasyondur (1,2). RİA migrasyonu nedeniyle oluşan uterus perforasyonu insidansı 1000 olguda 0,87-3,6 oranında saptanmıştır (3). RİA'nın göç ettiği organ ve dokulara bağlı olarak da değişik klinik tablolar karşımıza çıkabilmektedir (8,9). Kassab ve Audra (10) 165 kayıp RİA olgusu üzerine yaptığı çalışmada; omentum, rektosigmoid, periton, mesane, appendiks, barsaklar, adneksiyal alan ve iliak ven gibi çok farklı alanlara migrasyonu gerçekleşmiş RİA bildirilmiştir.

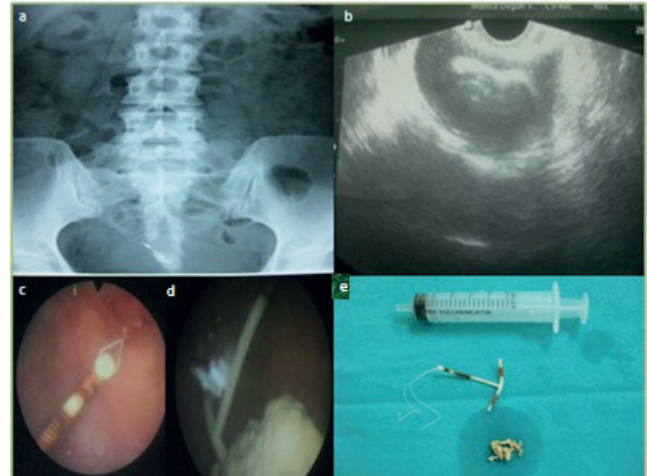
RİA migrasyonu olan hastaların büyük çoğunluğunda, RİA'nın doğumdan hemen sonra, serviks ağzının tam olarak kapanmadığı dönemde takıldığı saptanmıştır. Bu durumda RİA uterin kavite dışına atılabilmekte ve perforasyon olabilmektedir (11). Ayrıca daha önce sezaryen ile doğum yapmış kadınlarda uterusta oluşan skar dokusundan dolayı perforasyon riski artabilmektedir (12). İmmobil uterus, miyometriyum defektinin varlığı ve retrovert yerleşimli uterus varlığı gibi anatomik sebeplerle de perforasyon riski ilişkili bulunmuştur (13,14). Uterus perforasyonlarının genellikle RİA'nın uygulanması

esnasında meydana geldiği tahmin edilmektedir. Bundan dolayı, işlem öncesi detaylı jinekolojik muayene ile işlem sonrası USG ile kontrol yapılması önemlidir. (11). Sunulan iki olgu da sezeryan anamnezine sahip değildi; vajinal yolla iki doğum yapmıştı ve RİA uygulamaları da doğumdan hemen sonra gerçekleştirilmişti. Hastalarımızda uterus küçülmesi gerçekleşmeden ve serviks kapanması tamamlanmadan RİA uygulanmış olma olasılığı, mesaneye RİA migrasyonlarının sebebi olabilir.

RİA mesane migrasyonu total veya parsiyel olabilir. Bu durum uterusta oluşan defektin anatomik yerine, enfeksiyonun eşlik edip etmemesine ve geçen süreye göre değişiklik göstermektedir (15). Bizim olgularımızdan ilkinde mesaneye total migrasyon ve taşlaşma saptanırken, RİA yedi yıl önce yerleştirilmiş ve üriner sistem yakınmaları iki yıl önce başlamıştı. Diğer olguda parsiyel migrasyon ve taşlaşma saptanırken, RİA altı yıl önce yerleştirilmişti ve üriner sistem yakınmaları bir yıl önce başlamıştı. Süreler



Resim 1. Mesaneye tam migrate olmuş rahim içi araç olgusu



Resim 2. Mesaneye parsiyel migrate olmuş rahim içi araç olgusu

ve tanı anındaki RİA mesane ilişkisinin doğru orantılı olması, belki de parsiyel ve total migrasyonun aynı sonuca giden sürecin farklı aşamalarının yansımaları olabileceğini düşündürmektedir.

Mesane içerisine göç etmiş RİA'larda taş formasyonu mesane içi idrardaki partiküllerin RİA üzerinde birikiminden kaynaklanmaktadır. Literatürde taş oluşum derecesinin değişken olabileceği ve RİA'nın mesanede bulunma süresinden bağımsız olabileceği belirtilmektedir. Cihazın tümü ya da bir kısmı taşlaşabilir (12,16,17). Bizim olgularımızda da farklı aşamalarda taş oluşumları izlenmiştir. Her iki olgumuzda da yakınmalar RİA uygulamasından 5 yıl sonra ortaya çıkmış olsa da; iki yıldır yakınmaları olan hastada RİA tamamıyla taşlaşmış iken, bir yıldır yakınmaları olan hastada ise taşlaşmanın kısmi olduğu görülmüştür. Bu nedenle idrar ile RİA'nın temas süresinin taş oluşumu ile direkt ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Mesane içi RİA, asemptomatik olabileceği gibi dizüri, hematüri, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, vajinal kanama ve pelvik bölgede ağrıya neden olabilir (6,7). Kadın hastaların üroloji polikliniklerine sık başvuru nedenlerinden olan bu şikayetlerin nedeninin nadir de olsa RİA migrasyonu olabileceği unutulmamalıdır.

Kayıp RİA olgularında lokalizasyon tanısı için USG, histeroskopi, X-ray, gerekirse bilgisayarlı tomografi (BT) ve cerrahi prosedür (laparoskopi veya laparotomi) işlemleri yapılmalıdır (18). Mesane içi RİA saptanmasında da, USG (abdominal yada vajinal), DÜSG, pelvik grafi veya BT kullanılabilir (19). Sunulan her iki olguda da tanı için DÜSG ve USG kullanılmıştır. USG ve DÜSG ile yeri saptanamayan RİA olgularında ya da migrasyonun tamamlanıp tamamlanmadığı, RİA'nın uterus ile ilişkisinin net ortaya konulmadığı durumlarda BT çekilmesi gerekmektedir.

Mesaneye migrate olmuş RİA açık ya da endoskopik yöntemler ile tedavi edilmektedir. Açık cerrahi, endoskopik taş kırıcı araçlar kısıtlı ise ya da RİA'da büyük boyutlu taşlaşma mevcut ise uygulanabilir (20-22). Sunulan olgulardan 1. olguda taş büyük olduğu için açık cerrahi tercih ettik.

Tedaviye dirençli üriner enfeksiyon, dizüri gibi alt üriner sistem semptomları ve vajinal kanama, dispareni, kronik pelvik ağrı varlığında mesaneye migrate olmuş RİA ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve medikal tedavi: M.O.Ş. Konsept: M.O.Ş., V.Ş. Dizayn: M.O.Ş., V.Ş. Veri toplama veya işleme: M.O.Ş., V.Ş., B.D. Analiz veya yorumlama: M.O.Ş., V.Ş., B.D. Literatür arama: M.O.Ş., V.Ş. Yazan: M.O.Ş.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Dede FS, Dilbaz B, Sahin D, Dilbaz S. Vesical calculus formation around a migrated copper-T 380-A. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006;11:50-52.
2. Dietrick DD, Issa MM, Kabalin JN, Bassett JB. Intravesical migration of intrauterine device. *J Urol* 1992;147:1327-44.
3. Harrison-Woolrych M, Ashton J, Coulter D. Uterine perforation on intrauterine device insertion: is the incidence higher than previously reported? *Contraception* 2003;67:53-6.
4. Noura Y, Rakrouki S, Gargouri M, Fitouri Z, Horchani A. Intravesical migration of an intrauterine contraceptive device complicated by bladder stone: a report of six cases. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:575-8.
5. Üçer O, Şahin MO, Gümüş B. İnguinal herni onarımı sonrası mesaneye spanç migrasyonu. *Türk Üroloji Dergisi* 2008;34:264-5.
6. Mannan A, Anwar S, Qayyum A, Tasneem RA. Foreign bodies in the urinary bladder and their management: A Pakistani experience. *Singapore Med J* 2011;52:24-28.
7. Bansal A, Yadav P, Kumar M, Sankhwar S, Purkait B, Jhanwar A, Singh S. Foreign bodies in the bladder and their management: a single-centre experience from North India. *Int Neurourol J* 2016;20:260-9.
8. Priyadarshi V, Sehgal N, Sen D. Ureteric erosion and obstruction: A rare dreaded complication of intrauterine contraceptive device. *Urol Ann* 2017;9:103-6.
9. Weerasekera A, Wijesinghe P, Nugaduwa N. Sigmoid colocolic fistula caused by intrauterine device migration: A case report. *J Med Case Rep* 2014;8:81.
10. Kassab B, Audra P. The migrating intrauterine device. Case report and review of the 165 cases. *Concept Fertil Sex* 1999;27:696-700.
11. Sun CC, Chang CC, Yu MH. Far-migrated intra-abdominal intrauterine device with abdominal pain. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008;47:244-6.
12. Rafique M, Rauf A, Khan NA, Haque TU. An unusual cause of vesical stone: A migrant intrauterine device. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003;8:170-2.
13. Özçelik B, Serin IS, Basbug M, Aygen E, Ekmekçioglu O. Differential diagnosis of intra-uterine device migrating to bladder using radiographic image of calculus formation and review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;108:94-6.
14. Guvel S, Tekin MI, Kiliç F, Peskircioglu L, Ozkardes H. Bladder stone around a migrated and missed intrauterine contraceptive device. *Int J Urol* 2001;8:78-9.
15. Eskandar OS, Eckford SD. Intravesical migration of a GyneFix intrauterine device. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003;29:237-8.
16. Zakin D. Perforation of the Bladder by the Intrauterine Device. *Obstetrical Gynecol Surv* 1984;39:59-66.

17. Kiilholma P, Makinene J, Vuori J. Bladder perforation: uncommon complications with a misplaced IUD. *Contraception* 1989;5:47-49.
18. Tinelli A, Tinelli R, Malvasi A, Cavallotti C, Tinelli FG. The intrauterine device in modern contraception: Still an actuality? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006;11:197-201.
19. Atakan H, Kaplan M, Erturk E. Intravesical migration of intrauterine device resulting in stone formation. *Urology* 2002;60:9-11.
20. Maskey CP, Rahman M, Sigdar TK, Johnsen R. Vesical calculus around an intra-uterine contraceptive device. *Br J Urol* 1997;79:654-5.
21. Sharma A, Andankar M, Pathak H. Intravesical migration of an intrauterine contraceptive device with secondary calculus formation. *Korean J Fam Med* 2017;38:163-5.
22. De Silva WSL, Kodithuwakku KASUA, Aponsu GUE, Rathnayake RMM, Rajasegaram E. A large bladder Stone caused by the intravesical migration of an intrauterine contraceptive device: A case report. *J Med Case Rep* 2017;11:293.